

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1905

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Juillet 1905

Par M. Louis ROGER

Né à Morlaix, le 9 octobre 1881



LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE

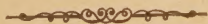
DU PTOSIS

PAR LA

MÉTHODE DE PARINAUD

Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur.

Juges : { M. BERGER, Professeur.
M. THIÉRY, Professeur agrégé.
M. AUVRAY, Professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1905

A la mémoire de mon Grand-Père

Le Docteur LOUIS ROGER

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A la mémoire de mon Maître

Le Docteur PARINAUD

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de médecine de Paris.
Chevalier de la Légion d'Honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU PTOSIS

PAR LA MÉTHODE DE PARINAUD

AVANT-PROPOS

C'est au cours de la dernière année de nos études médicales qu'il nous a été donné d'assister, à la clinique du docteur PARINAUD, aux leçons que, il y a si peu de temps encore, il aimait prodiguer à tous ceux qui venaient l'entendre.

Sa mort n'a pas laissé que d'immenses regrets parmi ses amis et parmi ses malades; elle est aussi pour la science une perte irréparable.

Nous n'avons pas à rappeler ici les nombreux travaux qui l'avaient fait universellement connaître et estimer.

C'est toujours à la discussion des problèmes les plus ardues et les plus compliqués de l'ophtalmologie qu'il s'attachait; et il ne les abandonnait jamais sans leur avoir trouvé une solution satisfaisante.

Depuis quelques années, il avait entrepris de doter enfin la chirurgie oculaire d'un procédé nouveau qui permît d'apporter une cure certaine et durable à cette infirmité trop répandue encore que constitue la blépharoptose.

Ses efforts avaient été couronnés de succès et c'est le pro-

cédé même que nous allons exposer plus loin avec l'espoir de contribuer à sa vulgarisation dans l'intérêt de tous : chirurgiens et opérés.

Avant de commencer sa description, nous considérons comme un devoir d'adresser ici nos hommages de reconnaissance aux docteurs BERTHEUX et DAYOT, nos premiers maîtres de l'Ecole de Rennes, au docteur LEMONNIER, professeur de clinique chirurgicale à la même Ecole ; au docteur LHUISSIER, que nous avons assisté pendant un an comme prosecteur à son cours d'anatomie.

Au docteur BRUTÉ DE RÉMUR, qui guida nos premiers pas dans l'étude de l'ophtalmologie, et à son collaborateur, le docteur ASSICOT, nous offrons nos sentiments de sincère gratitude.

Enfin nous adressons tous nos remerciements aux docteurs ROCHE et COUDOUR, les dévoués assistants du docteur PARINAUD dans ses dernières années.

C'est au docteur ROCHE tout particulièrement que nous devons la plupart des indications qui nous ont aidé dans ce travail et qui sont venues compléter celles de notre maître commun. Puissions-nous avoir, comme il l'aurait désiré, mené à bien le dernier chapitre de l'œuvre à laquelle il s'était consacré pendant ces derniers temps.

Nous prions enfin M. le professeur DE LAPERSONNE d'agréer nos plus vifs et sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Le ptosis ou blépharoptose est une de ces affections malheureusement fréquentes encore dans la science si vaste de la médecine, qui semblent, au premier abord, avoir une importance très secondaire, mais qui, plus complètement étudiées, se montrent soudain grosses de conséquences.

Celle-ci se complique d'une difficulté particulière telle que jusqu'ici l'on n'avait pu la surmonter, ce qu'atteste bien le nombre si grand des procédés employés.

Désormais il n'en est plus ainsi, et tout chirurgien possède maintenant un procédé, sinon parfait, du moins se rapprochant le plus qu'il est possible de la perfection, qui lui permettra de soulager et de guérir ceux qui souffrent de cette infirmité.

Dans un premier chapitre, nous avons pensé qu'il était bon de rappeler l'anatomie et la physiologie de la région sur laquelle portera l'opération.

Nous décrirons ensuite rapidement les divers procédés employés à la cure du ptosis jusqu'au jour où le docteur PARINAUD, après des études longues et délicates, a exposé sa méthode — méthode dont la description technique terminera ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Le Ptosis.

Anatomie et Physiologie de la région palpébrale.

Le ptosis est une difformité caractérisée par la chute permanente de la paupière supérieure; chute plus ou moins complète et qui dépend d'un grand nombre de causes.

Simple ou double, congénital ou acquis, sa cause la plus fréquente est la paralysie de la troisième paire, ou nerf moteur oculaire commun, qui supprime l'action du releveur de la paupière et laisse toute liberté d'action à son antagoniste : l'orbiculaire des paupières. De là même une légère cause d'erreur : il faut en effet se garder de confondre un ptosis avec le blépharospasme dû à la contracture de l'orbiculaire.

Ainsi toute cause qui diminuera ou supprimera l'action du releveur ou celle de son nerf moteur : plaies, infiltrations de graisse ou de liquides, tout ce qui augmentera le poids de la paupière (épaississement cicatriciel du bord palpébral dû à une blépharite chronique, ou à une vieille conjonctivite granuleuse), tout cela pourra être cause de ptosis.

A ce moment, le sujet est incapable de soulever sa paupière, celle-ci tombe comme un voile au-devant de la cornée et la vision normale est fort compromise. Il doit, en effet, pour « voir », renverser fortement la tête, de façon que, le globe de l'œil s'abaissant, la pupille se trouve dans la fente palpébrale; ou bien, recourant à des artifices, il soulève lui-même

la paupière ou la peau du front avec ses doigts ou certains instruments.

C'est donc une véritable infirmité et une infirmité permanente.

De là vient que, de tous temps, on s'est efforcé d'y remédier.

Les premiers chirurgiens enlevaient seulement une languette de la peau du front ; d'autres une portion de la paupière elle-même ; plus tard, on eut l'idée d'emprunter une force musculaire voisine : celle du frontal ; et, enfin, récemment on s'aperçut qu'il existait, tout près du muscle paralysé, un autre muscle d'action physiologique presque semblable à celle du premier : c'est le droit supérieur.

La première communication officielle sur ce sujet fut faite au congrès de la Société française d'ophtalmologie en 1897 par le docteur MOTAIS, d'Angers. Il y démontrait, en s'appuyant sur leur anatomie, la similitude d'action des deux muscles cités.

Même innervation par le moteur oculaire commun ; même trajet dans l'orbite, mêmes rapports, mêmes insertions. Au fond de l'orbite, une même gaine aponévrotique enveloppe les deux muscles.

« En avant, au niveau de l'entonnoir aponévrotique, les connexions aponévrotiques deviennent encore plus intimes... D'une part la gaine du muscle supérieur doit, pour gagner la demi-circonférence supérieure de l'orbite, se jeter sur la partie postérieure du large tendon du muscle releveur et le contourner en l'enserrant étroitement (1)... »

Ajoutons, ce qui complète leur synergie d'action, que le droit supérieur, à l'état physiologique, se contracte chaque fois que le releveur de la paupière entre en action. Or, que

(1) MOTAIS, Anatomie et physiologie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme
In *Encyclopédie française d'ophtalmologie*.

fallait-il avant tout? C'était trouver, pour suppléer le releveur paralysé, un muscle, qui, en même temps et comme lui, attirât la paupière, « en arrière et en haut ».

C'était le cas du droit supérieur, au lieu que le frontal, employé d'abord, ne pouvait attirer la paupière que dans un sens : de bas en haut « comme un store », selon l'expression de DIANOUX (1).

La conclusion s'imposait. Elle a été formulée par le professeur DELENS dans son rapport à la Société de chirurgie de 1898. « Si le releveur de la paupière se trouve paralysé, il est donc rationnel de confier son relèvement à la contraction du droit supérieur. »

Comme déduction logique de cette étude physiologique, le docteur MOTAIS, au mois d'avril 1897, exécutait pour la première fois, puis décrivait son procédé nouveau d'opération contre le ptosis.

Et c'est trois mois après environ, le 6 juillet 1897, que le docteur PARINAUD exposait le sien devant la Société d'ophtalmologie et lui présentait sa première malade opérée.

Or, ainsi qu'il le rappela à cette occasion, il avait eu depuis longtemps, c'est-à-dire depuis 1895, la première idée de cette suppléance du releveur par le droit supérieur, avec M. DEROGUES, alors interne de M. RICHELOT ; idée qui leur était venue en observant les opérations pratiquées en chirurgie au cas de paralysie d'un des muscles péroniers et basées sur l'établissement de sutures tendineuses.

Dès ce moment, PARINAUD, étant donnée la difficulté d'obtenir ces sutures tendineuses, avait jugé leur réalisation pratiquement impossible.

Pourtant M. MOTAIS réalisa cette opération. Mais « les objections que je me suis faites à moi-même n'en persistent pas moins », affirma PARINAUD ; et, en effet, nous verrons, dans

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'ophtalmologie*, 1886.

l'étude critique des deux procédés que, d'après PARINAUD, M. MORAIS n'obtient pas son résultat par l'établissement de sutures tendineuses, mais bien par la formation d'adhérences entre le muscle et le cartilage.

De la sorte, les principales différences, en faveur de l'opération de PARINAUD, qui distinguent ces deux procédés, résident dans leur exécution : facile dans l'un et respectant intégralement le muscle droit supérieur, l'opération se complique dans l'autre et affaiblit considérablement le même muscle par la taille d'une languette dans son tendon.

CHAPITRE II

Les Opérations du Ptosis autres que celle de Parinaud Etude historique et critique.

Ils sont innombrables, les procédés que les chirurgiens de tous les temps ont essayé d'apporter à la cure du ptosis.

C'est qu'ici la difficulté siège principalement dans l'impossibilité où l'on est de graduer le résultat recherché : le plus souvent on le dépasse ou on ne l'atteint pas !

Mais en dehors des procédés chirurgicaux, on a recouru à des moyens palliatifs, la plupart inventés par les malades eux-mêmes. L'un « relevant fortement le sourcil et étirant la peau du front avec le chapeau solidement enfoncé (1) ». Un autre à l'aide d'une serre-fines spéciale (SICHEL); ou d'une pince à ptosis appliquée sur la paupière elle-même; l'un des meilleurs moyens (FANO, CONSTANTIN PAUL) serait le port de lunettes spéciales, maintenant à l'aide de ressorts la paupière relevée.

Il est évident que tous ces moyens n'ont qu'une valeur très secondaire; les malades souvent les préfèrent au début, mais en cas de ptosis confirmé, la cure chirurgicale seule doit être employée.

On peut ramener les procédés mis en usage jusqu'ici à deux méthodes : l'une cherche le raccourcissement de la peau du front ou de celle de la paupière; l'autre utilise la force de

(1) TERSON. Chirurgie oculaire, Paris, 1901.

contraction d'un muscle voisin : frontal, sourcilier, droit supérieur.

Les premières opérations, et les plus anciennes, semblent devoir être attribuées à HIMLY et JUNCKEN : formation d'un pli cutané de la paupière supérieure, excision, suture.

DE GRAEFE, en 1863, s'adresse aussi à la peau ; mais pour affaiblir l'action de l'orbiculaire, il ajoute l'excision d'une languette transversale de la portion tarsienne de ce muscle. Comme les précédents, il respecte le tarse.

Au contraire, GILET DE GRANDMONT pratique une résection palpébrale « tarso-musculaire » : il s'attaque au muscle et au cartilage et respecte la peau. Voici d'ailleurs son procédé(1) : une première incision comprend la peau, la couche sous-cutanée, le tarse, sur une étendue de deux centimètres et parallèle au bord libre, séparé de deux millimètres ; une seconde incision, respectant la peau, curviligne, à concavité inférieure, réunit les extrémités de la première : on sectionne le cartilage et le muscle orbito-palpébral.

Mais la laxité des tissus vient rapidement compenser les résultats obtenus et, pour y remédier, BOWMAN ajoute au procédé précédent la ligature sous-cutanée de la portion tarsienne de l'orbiculaire.

Nous rapprocherons de ces deux méthodes celles de BOUCHERON (2), SNELLEN (3), NICATI (4), basées sur l'avancement du releveur, déjà préconisé en 1883 par EVERBUSCH (5).

Ce dernier trace « une incision courbe intéressant la peau et l'orbiculaire, à égale distance du sourcil et du bord libre

(1) GILET DE GRANDMONT. Nouvelle opération du ptosis congénital. *Recueil d'Ophtalmologie*. 1891.

(2) BOUCHERON. Opération du ptosis. *Archiv. d'Opht.* 1888, p. 228.

(3) SNELLEN. A new operation for ptosis. *Opht. review*, 1883.

(4) NICATI. Opération du ptosis par avancement du releveur palpébral. *Archives d'Opht.*, XI, 1890.

(5) EVERBUSCH. Zur Operation der congenitalen Blepharoptosis. *Klinisch Monatsblätter für Aug.*, Bd. XXI, 1883.

de la paupière. Le tarse et le tendon du releveur mis à nu, on passe à travers le tendon trois anses de fil dont les chefs viennent ressortir dans l'espace intermarginal du bord libre. Il suffit de les serrer pour attirer en bas le muscle de la quantité voulue (1) ».

Enfin, comme autres méthodes exclusivement mécaniques, nous citerons celle de GALEZOWSKI : résection d'un lambeau comprenant la peau et le plan profond de la paupière, celle de BARTISH, assez singulière en ce sens qu'il utilise une petite presse en bois dans laquelle il saisit un pli cutané que la pression fait s'éliminer en quelques jours.

D'autres eurent recours à des cautérisations chimiques pour faire rétracter la peau, WARE au fer rouge pour raccourcir le tendon du releveur.

Avec les procédés suivants, nous arrivons à la deuxième grande méthode : le relèvement de la paupière au moyen de sutures la rattachant au muscle orbiculo-frontal.

Déjà MORAND et ACREL avaient eu l'ingénieuse idée d'exciser une bandelette transversale de la peau du front, lorsque HUNT, de Manchester, en 1838, décrivit son procédé. C'était le premier essai de suppléance du releveur par le frontal. Au lieu, comme MORAND, d'exciser une portion de la peau du front, il opère sur la paupière, en résèque une partie et rapproche la section du sourcil.

C'est la première application d'une méthode physiologique qui va être l'origine de nombreux procédés. Les uns (DRANSART, PAGENSTECHER, GAYET, PANAS...) utilisent l'action du frontal; SÉDILLOT celle du sourcilier; MOTAIS et PARINAUD celle du droit supérieur.

Parmi les premiers, on s'est adressé de préférence à ceux de PAGENSTECHER et DRANSART.

(1) TERRIEN. Chirurgie de l'œil et de ses annexes.

PAGENSTECHEK (1) fait pénétrer au-dessus du sourcil une aiguille d'un fil doublement armé qui, glissant sous la peau, vient ressortir au niveau du bord libre de la paupière. Une seconde aiguille parcourt le même trajet à deux ou trois millimètres de distance et les deux chefs de chaque anse de fil sont noués et serrés sur un petit rouleau de gaze ; on place ainsi deux ou trois sutures et les fils ne sont enlevés que lorsque la suppuration commence à se produire, afin d'obtenir une nappe cicatricielle sous-cutanée (2).

DRANSART (3) emploie la même méthode, mais il dirige ses fils en sens inverse. Il relève la paupière, dit le professeur PANAS, en lui faisant contracter des adhérences avec le frontal (4).

A cette dernière méthode, DE WECKER a combiné celle de DE GRAEFE, de façon à obtenir une double action de la résection cutanée et du rattachement au muscle frontal.

GAYET obtient le même résultat : formation de tissu cicatriciel, à l'aide de l'anse galvanique, et MULES en employant une suture métallique permanente.

Mais un procédé qui dépasse de beaucoup les précédents, bien que basé, lui aussi, sur la suppléance du frontal, est celui réalisé par le professeur PANAS. Et s'il ne remplit pas encore les conditions nécessaires pour un résultat parfait, du moins ces conditions elles-mêmes ont-elles été merveilleusement exposées par PANAS. « Il faut, en effet, dit-il, raccourcir le voile palpébral, lui conserver sa forme naturelle, lui restituer le plus possible son fonctionnement d'opercule mobile ca-

(1) PAGENSTECHEK, Eine neue Operation zur Heilung der Ptosis. Congrès international de Londres, 1881.

(2) TERRIEN, *loco cil.*

(3) DRANSART, Un cas de blépharoptose opéré par un procédé spécial à l'auteur (*Bull. méd. du Nord de la France*, juin 1880).

(4) PANAS, D'un nouveau procédé opératoire applicable au ptosis congénital et au ptosis paralytique. (*Archives d'ophthalmologie*, VI, 1886).

pable de s'élever et de s'abaisser tour à tour. » Or « ce qu'on appelle élévation de la paupière est un véritable mouvement d'escarpolette autour d'un axe fictif passant par les deux commissures. En vertu de ce mouvement en arc de cercle, la paupière qui s'élève roule sur le globe de l'œil de bas en haut et d'avant en arrière (1) ».

Mais le frontal ne donne qu'une partie de ce mouvement : il se contracte de bas en haut. D'où « la nécessité d'amener par tous les moyens l'anastomose de la partie mobile de la paupière avec les extrémités libres du muscle frontal ».

Et pour obtenir ce résultat, voici le procédé préconisé par PANAS :

Une incision horizontale au niveau du pli orbito-palpébral supérieur met à nu le ligament suspenseur ; deux incisions verticales en partent en divergeant presque jusque vers le sommet du tarse ; là, on les fait obliquer vers les angles palpébraux ; on dissèque le lambeau trapézoïde obtenu. Dans un deuxième temps, on trace une incision semi-circulaire qui divise la peau et la couche musculaire le long du bord supérieur du sourcil ; avec le bistouri on mobilise la partie profonde du pont cutané qui sépare cette incision de la première.

On fait passer l'anse d'un fil à deux aiguilles dans l'extrémité libre du lambeau ; puis, sous le pont cutané, la languette est attirée en haut, on la suture à la boutonnière frontale plus ou moins haut suivant l'effet désiré : on obtient ainsi un relèvement de la paupière, mais son mouvement d'avant en arrière ne lui est aucunement rendu. Aussi d'autres opérateurs pensèrent-ils s'adresser au tendon du releveur lui-même et WOLFF, puis JOCQS tentèrent ce nouveau raccourcissement mécanique de la paupière.

C'est au releveur aussi qu'a recours ANGELUCCI dans un pro-

(1) PANAS, *loc. cit.*.

cédé ingénieux qu'il a décrit en 1900 (1) et dont voici le principe :

Le malade chloroformé, les précautions antiseptiques prises, on incise la peau à deux ou quatre millimètres au-dessous du bord supérieur du sourcil, suivant une courbe de deux centimètres environ. On dissèque la peau jusqu'au bord supérieur du tarse.

A deux ou trois millimètres au-dessus de ce bord, on pratique la section de l'orbiculaire pour mettre à nu le tendon du releveur : on sectionne ce tendon soulevé sur un crochet à strabisme.

Deux anses de fil traversent le tendon d'avant en arrière ; on les noue à la face postérieure du tendon.

On traverse le périoste séparé des masses musculaires avec les 4 aiguilles qui doivent ressortir à 2 ou 3 millimètres au-dessus du sourcil. De chaque côté, on fait repasser un des fils dans le trou par lequel il était sorti et, avec le second fil, on le noue en nœud de cravate.

Vingt-quatre heures après, suivant les besoins, on peut modifier la suture, en serrant ou en relâchant les fils.

Au lieu de prendre le tendon du releveur à son insertion tarsale, M. SOURDILLE a récemment modifié ce procédé en allant chercher le releveur dans l'orbite, immédiatement derrière le septum orbitale ; pour cela, il pratique à cette cloison une boutonnière sur la lèvre inférieure de laquelle va se réfléchir le releveur (2).

Evidemment, l'idée est ingénieuse d'utiliser le muscle lui-même qui ne pouvait plus remplir son rôle. Mais encore faut-il une condition : c'est qu'il ne soit pas complètement para-

(1) ANGELUCCI, Nouveau procédé opératoire pour le ptosis paralytique de la paupière supérieure. (XIII^e Congrès international de médecine et de chirurgie. *Société d'ophtalmologie*. Paris, août 1900.)

(2) SOURDILLE, Sur un procédé opératoire du ptosis. *Cliniq. ophtalmologique*, 10 mars 1903.

lysé. Or, au cas de parésie du releveur, M. le professeur DE LAPERSONNE, « convaincu qu'il vaut mieux s'adresser à ce muscle pour corriger la difformité de l'insuffisance fonctionnelle » que d'avoir recours à un muscle voisin (1), utilise un procédé qu'il a imaginé et caractérisé par le terme « d'avancement musculaire ». Voici en quoi il consiste : à quatre ou cinq millimètres au-dessus du bord libre et parallèlement à ce bord, on fait une incision comprenant la peau et l'orbiculaire. On pratique la mise à nu du tarse et du tendon du releveur — ce dernier, circonscrit par deux incisions verticales, est saisi sur un crochet à strabisme.

Au-dessus du crochet, à une distance variable suivant l'effet à obtenir, on passe un fil à deux aiguilles de chaque côté du tendon et transversalement dans toute son épaisseur. Le muscle ainsi pris solidement est sectionné près du bord supérieur du tarse. On peut au besoin en réséquer une partie ; puis les deux fils sont descendus et passés transversalement dans le tarse à deux ou trois millimètres du bord de la paupière et serrés. Leur traction étale le tendon et l'applique sur la face antérieure du tarse.

Au cas de ptosis considérable, M. le professeur DE LAPERSONNE conseille d'ajouter à l'opération précédente une résection de l'orbiculaire et une résection cutanée dont l'action viendra augmenter encore l'effet obtenu.

Ce procédé, qui donne des résultats remarquables et qui est d'une exécution relativement facile, est évidemment le seul à employer dans les cas de parésie du releveur. Mais c'est là une condition essentielle, faute de laquelle l'opération revient aux procédés purement mécaniques, et c'est dans ces cas que nous avons vu le professeur DE LAPERSONNE re-

(1) Professeur DE LAPERSONNE, Sur quelques modifications dans les opérations de ptosis. *Archives d'ophtalmologie*, août 1903.

commander un procédé qui est une combinaison de ceux de PANAS et d'ANGELUCCI.

Il nous reste, avant d'exposer en détail l'opération de PARINAUD, à rappeler celle du docteur MOTAIS, d'Angers, basée comme la première sur l'emploi du muscle droit supérieur : les différences de technique et de résultats seront plus faciles ensuite à faire ressortir. Voici ce procédé, résumé de la description faite par son auteur, au Congrès de 1897 (1).

La paupière supérieure renversée et maintenue par un crochet, on met à nu le droit supérieur et on incise la conjonctive jusqu'au sommet du tarse.

On isole, sur le milieu de ce cartilage et à deux millimètres de son insertion, une languette de trois millimètres de large. Cette languette étant maintenue par une pince à arrêt, on la transperce avec une anse de fil à deux aiguilles, de la face superficielle à la face profonde.

On fait une boutonnière au devant du tarse et on débride la surface cutanée du cartilage sur une étendue d'un demi-centimètre environ. On passe les aiguilles dans cette boutonnière, puis dans le sillon de la face supérieure du tarse et on attire dans l'entonnoir la languette du droit supérieur. Les aiguilles étant distantes de deux millimètres environ, on noue les fils sur la conjonctive tarsale ou sur un petit bourrelet d'ouate sur la face cutanée.

Nous avons, dans ce chapitre, exposé les diverses méthodes appliquées à la cure du ptosis de façon à permettre au chirurgien de les comparer entre elles, et surtout de les comparer à celle du docteur PARINAUD, que nous allons maintenant décrire, après avoir résumé brièvement les principales critiques qu'on a opposées aux opérations précédentes.

(1) MOTAIS. *Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'Ophtalmologie*. 1897.

CHAPITRE III

Critique générale des diverses méthodes opératoires.

Nous avons vu, au début de cette étude, que l'on pouvait ramener ces procédés, malgré leur grand nombre, à trois méthodes principales :

- | | |
|--|--|
| 1° Raccourcissement de la paupière par : | { résection de la peau seule.
résection du tarse seul.
résection de toute la paupière. |
| 2° Suppléance du muscle paralysé par : | { le releveur lui-même. |
| 3° Suppléance du muscle paralysé par : | { le frontal.
le droit supérieur. |

Nous n'insisterons pas sur le raccourcissement mécanique obtenu par excision de la peau du front ; il offre deux inconvénients sérieux : la laxité des tissus est telle qu'en peu de temps la perte de substance est compensée ; en outre, elle relève encore le sourcil du côté paralysé, alors que le malade le relève déjà trop par le plissement incessant de son front.

On a reproché à DE GRAEFE de ne pas s'adresser, dans son procédé, à la partie malade elle-même : en excisant l'orbiculaire, c'est indirectement qu'il agit sur la lésion ; d'où l'insuffisance de son résultat.

Quant aux opérations qui recherchent la suppléance du releveur par le frontal, celles de DRANSART et PANAS sont les plus employées : au premier, on reproche de baser le résultat futur de son opération sur une suppuration d'autant plus

difficile à limiter qu'elle est nécessaire. « Il est bon et même nécessaire que le trajet des fils suppure, car c'est la rétraction cicatricielle consécutive à ces phénomènes de suppuration qui amènera le relèvement de la paupière (1). »

Pour M. TERRIEN, le procédé de PANAS « est le seul à l'heure actuelle qui donne des résultats satisfaisants ».

Or, le professeur DIANOUX en a fait une longue critique (2), d'où il ressort que le résultat lui semble très problématique.

Un procédé échappe aux critiques, c'est celui du professeur DE LAPERSONNE dans le cas de parésie du muscle releveur.

Quant au procédé de MOTAIS, nous pouvons dès maintenant faire remarquer sa difficulté d'exécution. C'est son principal inconvénient, il n'est pas à négliger. On lui a reproché de laisser une diplopie consécutive, de produire des complications cornéennes; M. MOTAIS a répondu à ces critiques; on lui a reproché enfin, avec plus de raison, l'affaiblissement du droit supérieur tel que le résultat ne se maintiendrait pas longtemps.

A tous les autres procédés, un même inconvénient est commun : il est très difficile, et souvent impossible, de graduer, au cours de l'opération, l'effet que l'on recherche et qu'il est nécessaire pourtant de pouvoir faire varier avec chaque cas particulier.

(1) DARIER. *Bull. de la Soc. fr. d'Ophl.*, 1888.

(2) *Bulletin et Mémoires de la Société française d'Ophthalmologie*, 1886.

CHAPITRE IV

L'Opération de Parinaud.

C'est à la séance de la Société française d'ophtalmologie que, le 6 juillet 1897, le docteur PARINAUD décrit pour la première fois son procédé opératoire du ptosis.

En même temps, il présentait la première malade sur laquelle il venait d'obtenir un résultat remarquable.

Cette femme, d'une cinquantaine d'années, atteinte de ptosis paralytique, opérée quinze jours avant, ne présentait plus aucune trace de paralysie, ni d'opération.

Le 2 février 1904, PARINAUD présentait une nouvelle opérée; une petite fille de 6 ans, atteinte de ptosis congénital double; à ce moment, l'opération ayant porté sur l'œil gauche seulement, la comparaison entre les deux côtés était remarquable, ainsi que le prouve la reproduction photographique insérée plus loin (Pl. VIII).

Comment agit le procédé de PARINAUD? C'est par la formation d'adhérences conjonctives en masse entre le muscle droit supérieur et le cartilage. M. MOTAIS, au contraire, dit obtenir son résultat par la suture du tendon du même muscle au tarse.

PARINAUD avait, depuis sa première communication, apporté une très légère modification à son mode opératoire primitif; nous verrons tout à l'heure en quoi elle consiste. Elle ne changeait rien au principe même de l'opération dont

voici la description technique telle que notre maître lui-même avait bien voulu nous l'indiquer.

1. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Les instruments nécessaires sont : deux pinces à fixer, une pince à griffes sans verrou, une petite érigne, un crochet à strabisme, des ciseaux. Pour les sutures, un fil doublement armé, une aiguille demi-courbe à chaque extrémité.

Chez l'adulte, on peut pratiquer l'opération sans chloroforme; chez les nerveux et les enfants, l'anesthésie générale est de rigueur.

Désinfection du champ opératoire, des mains et des instruments au moyen d'une solution d'oxycyanure de mercure à 5 p. 1000; on lavera soigneusement la conjonctive palpébrale et les culs-de-sac bulbaires.

Premier temps. — Retourner la paupière supérieure; avec une pince à fixer, saisir le bord du cartilage à son milieu.

Avec une seconde pince à fixer, ou mieux une petite érigne, on fixe le globe de l'œil au-dessus de la cornée et l'on confie la pince et l'érigne à un aide qui découvre le champ opératoire (Pl. I).

On saisit la conjonctive avec une petite pince à griffes sans verrou, près du bord du cartilage; à l'aide de ciseaux, on incise horizontalement la membrane, le long du bord de ce cartilage, dans une étendue de douze à quinze millimètres. On libère la conjonctive de ses adhérences, de façon à découvrir le globe oculaire et le muscle droit supérieur en respectant le cul-de-sac conjonctival.

Deuxième temps. — Saisie du tendon. Le muscle étant découvert et soulevé avec la pince, on passe au-dessous de lui l'une des aiguilles, en comprenant une partie du tissu capsu-

laire environnant. Mais si l'on n'est pas sûr de saisir le muscle perdu dans le tissu capsulaire, il sera prudent de le charger au préalable sur un crochet à strabisme (Pl. II).

Bien s'assurer que le fil est bien passé sous le muscle — et, pour en avoir la certitude, tirer sur les extrémités du fil : on doit provoquer l'abaissement du globe oculaire.

Cette recherche du muscle est la principale difficulté de l'opération. On la facilite en libérant soigneusement la conjonctive de ses adhérences ; en mettant à nu la surface même du tendon, puis glissant sous le tendon le crochet à strabisme par son bord interne. Ce temps de l'opération est encore facilité par l'injection dans la conjonctive de quelques gouttes d'eau stérilisée ou d'une solution de cocaïne à 1 p. 100, si l'on n'opère pas sous le chloroforme.

Enfin si l'on craint un épanchement sanguin trop abondant, on dilacérera les tissus avec deux sondes lacrymales mousses, au lieu d'employer les ciseaux.

Troisième temps. — Avancement du muscle. Le chirurgien reprend la pince fixée au bord du cartilage ; d'un coup de ciseaux, il enlève une petite lamelle de cartilage de cinq à six millimètres de longueur. Puis à l'aide de la pince à fixer, il saisit la paupière que vont traverser les fils : une branche porte sur le cartilage, l'autre sur la peau.

Avec chacune des aiguilles fixées aux extrémités du fil, on traverse le lambeau conjonctival près de la section. Il faut éviter de prendre une trop grande quantité de conjonctive, qui pourrait s'interposer entre le cartilage et le muscle (Pl. III).

Après avoir traversé la conjonctive, chaque aiguille pénètre dans le cartilage près du bord réséqué et vient ressortir par la peau à quatre millimètres environ du bord libre (Pl. IV et V). Il faut laisser entre les points de pénétration de chaque aiguille un intervalle de six millimètres environ. Les extrémités du fil sont nouées sur un petit tampon de coton. Les fils

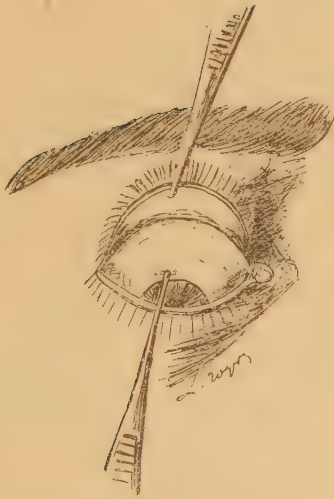


PLANCHE I. — La paupière supérieure est retournée. — Le globe de l'œil est attiré et maintenu en bas.

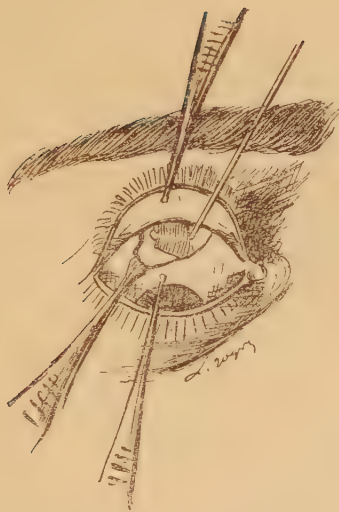


PLANCHE II. — Le tendon du droit supérieur est chargé sur un crochet
à strabisme par son bord interne.

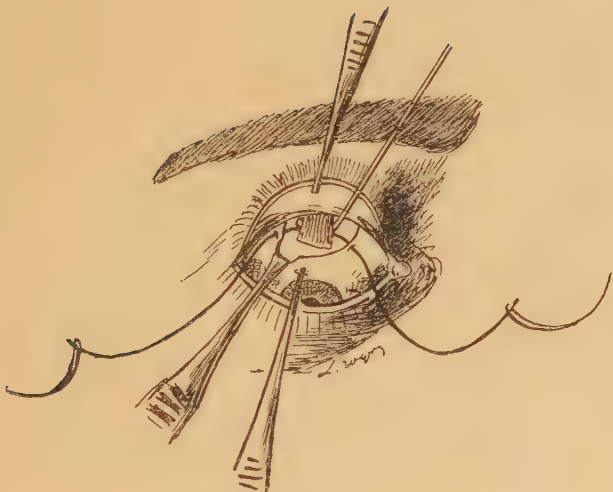


PLANCHE III. — Le fil passe sous le droit supérieur en comprenant de chaque côté une petite portion de conjonctive.

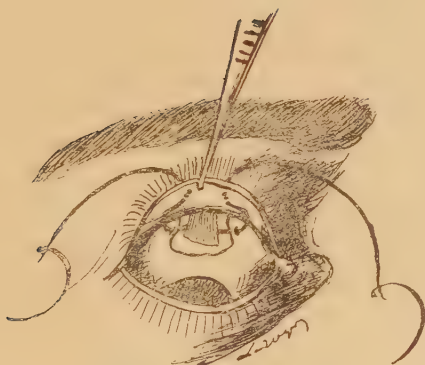


PLANCHE IV. — Les fils, après avoir traversé le cartilage près du bord réséqué, vont ressortir par la peau à 4 millimètres du bord libre.

sont noués en lacet, de manière à pouvoir être desserrés et resserrés à volonté. — Enfin on fixe à la peau du front les anses et les extrémités du fil avec du collodion.

Un léger pansement est suffisant, ou même un bandeau flottant.

Les fils sont desserrés le quatrième jour et laissés libres pour juger de l'effet produit.

On peut les resserrer le lendemain si l'effet est insuffisant, et les enlever complètement du sixième au huitième jour.

Primitivement PARINAUD faisait sortir les fils au niveau du bord libre des paupières, au lieu de laisser entre ce bord et les fils un intervalle de 4 millimètres environ. Après avoir traversé le cartilage, l'aiguille venait traverser la peau près des cils, de façon à y développer des brides cicatricielles.

Or, PARINAUD avait reconnu dans la suite que ces brides cicatricielles ne sont pas indispensables, les adhérences entre le muscle et le cartilage s'établissant très facilement et pouvant encore être favorisées par l'avivement du cartilage.

Comme l'anse de fil passe sous le muscle à une certaine distance de son insertion, variable suivant que le globe oculaire est plus ou moins abaissé pendant l'opération, il en résulte que, si l'on serre fortement, la paupière découvre non seulement la pupille, mais toute la cornée.

Et cet excès d'effet obtenu fait que le chirurgien craint d'avoir dépassé la mesure, quand, deux jours après l'opération, il en fait la constatation. PARINAUD a eu les premières fois les mêmes craintes et, dans un cas, il a relâché les fils dès le deuxième jour. Or, les adhérences existaient déjà suffisamment pour produire le relèvement de la paupière, mais à l'état statique le relèvement était insuffisant. — Avec une certaine expérience de l'opération, il n'y aura pas lieu de se préoccuper de cet effet immédiat trop considérable. Et PARINAUD conseillait, au lieu de corriger cet excès, d'a-

bandonner les choses en état, tout s'arrangeant parfaitement.

Au cas où, les fils enlevés, le relèvement de la paupière serait, pourtant, trop considérable, le moyen suivant permet de le réduire assez facilement : on introduit dans le cul-de-sac conjonctival la branche pleine de la pince à chalazion de Desmarres. Avec une pince ordinaire, on abaisse le bord de la paupière fixée quelques minutes entre les deux branches de la pince à chalazion.

Cette manœuvre sera d'autant plus rarement utile que, généralement, se produit le fait suivant, observé tout particulièrement sur un des opérés de PARINAUD. Après l'ablation des fils, il existait un relèvement excessif de la paupière accompagné d'abaissement du globe ; lorsqu'on disait à la malade de fermer les yeux, la paupière s'abaissait d'abord, puis subissait un mouvement d'élévation en raison de la tendance naturelle du globe à se porter en haut dans l'occlusion volontaire des yeux.

Enfin PARINAUD a fait remarquer que le malade faisait parfaitement sa propre correction lui-même. Dans les jours qui suivent l'ablation des fils, il recommande de le faire regarder souvent en haut. De cette façon, les adhérences peu solides se relâchent entre la paupière et le muscle, « il se fait une adaptation fonctionnelle entre le globe de l'œil et la paupière ».

2. — CRITIQUE DE L'OPÉRATION DE PARINAUD AVANTAGES. — INCONVÉNIENTS

Nous n'aurons pas besoin d'insister longtemps sur les résultats de l'opération de PARINAUD : ils sont évidents, ils sont immédiats.



PLANCHE V. — Les fils sortent par la peau à 6 millimètres l'un de l'autre.

En effet, comme le précisait si bien le professeur PANAS (voir plus haut), le but que l'on cherchait est atteint : le voile palpébral est raccourci, sa forme naturelle conservée, son mouvement « d'escarpolette » restitué! Que demander de plus? Un point a besoin d'être éclairci : les résultats se maintiennent-ils? Les malades opérés par PARINAUD en sont une preuve évidente : chez tous, la guérison s'est maintenue comme au premier jour; un seul cas d'insuffisance légère est dû à ce qu'on avait relâché les fils trop tôt.

Et par quel moyen s'obtient ce résultat remarquable? Nous avons vu que, d'après PARINAUD, c'est par l'établissement d'adhérences conjonctives « en masse » entre le muscle et le cartilage, adhérences qui se forment « très facilement », dès qu'on met en contact le bord du cartilage avec le muscle ou son tendon. C'est de cette façon qu'on a obtenu des résultats après 48 heures et, dans un cas de DIANOUX, après 24 heures. Au contraire, M. MOTAIS dit avoir eu dans le même temps des résultats aussi constants par son opération. Or PARINAUD, en raison des difficultés que les chirurgiens ont à obtenir des sutures tendineuses, a toujours prétendu que là aussi le résultat était dû, non à une suture qu'il jugeait irréalisable, mais à des adhérences conjonctives.

Cette suture serait-elle possible, ajoutait-il, qu'on ne devrait pas la rechercher, à cause de la laxité relative des adhérences, qui est une condition nécessaire pour l'obtention d'un bon résultat et qu'elle ne donnerait pas.

M. CHEVALLEREAU a reproché aux opérations de MOTAIS et de PARINAUD de laisser persister un certain degré de chute de la paupière au repos, malgré le rétablissement du mouvement.

Le fait, possible pour celle de MOTAIS, ainsi que le reconnaît celui-ci, en ajoutant qu'il peut être besoin de recourir à des opérations complémentaires, est évité dans le procédé de

PARINAUD par la résection plus ou moins large du cartilage qui est un des temps de l'opération.

D'ailleurs, d'autres moyens permettent de corriger facilement un résultat que l'on jugerait imparfait : si la paupière est trop relevée, on peut desserrer les fils le quatrième ou le cinquième jour. Mais il ne faut pas, selon les prescriptions de PARINAUD, se préoccuper outre mesure d'un effet excessif immédiat.

Au contraire, pour avoir un relèvement plus prononcé, il suffit de laisser les fils en place plus longtemps : six ou huit jours ; il faut craindre cependant, dans ce cas, une rétraction trop considérable de la paupière. Mieux vaut donc procéder à une résection plus large du cartilage, ou encore faire sortir les fils au niveau des cils comme PARINAUD le faisait primitivement.

Quant aux difficultés de l'opération en elle-même, tous les chirurgiens qui l'ont essayée reconnaîtront avec M. VALUDE qu'elle est plus facile que ne le fait croire sa description ; c'est aussi l'avis de M. TERRIEN : « l'opération de PARINAUD, d'une exécution beaucoup plus facile (que celle de MOTAIS) et pour laquelle l'anesthésie locale suffit, a l'avantage de respecter le tendon du droit supérieur.

« Sans doute, elle entraîne une diplopie passagère, mais qui disparaît rapidement. Elle pourrait donc être expérimentée sans grand inconvénient, car elle réduit au minimum les inconvénients inhérents à toute opération de ptosis (1). »

Nous avons vu que la principale difficulté siégeait dans la recherche du muscle droit supérieur, parfois pénible, il faut le reconnaître, surtout si l'épanchement sanguin est abondant : dans ce cas, suivant les recommandations de PARINAUD, il faut recourir à l'hydrotomie, et utiliser des sondes coni-

(1) TERRIEN. Chirurgie de l'œil et de ses annexes. 1902, page 287.

ques mousses pour libérer les adhérences conjonctives; enfin on glissera le crochet à strabisme sous le muscle par son bord interne.

Le principal reproche qu'on a fait encore à cette opération c'est de laisser après elle une diplopie due à un strabisme vertical. Or, PARINAUD, chez ses opérés, n'a jamais observé de diplopie au delà d'une quinzaine de jours; il est bien évident d'ailleurs qu'ici le muscle droit supérieur intact est moins affaibli que dans le procédé de MOTAIS.

Du côté de la cornée, si certains opérateurs ont eu des complications, PARINAUD n'en a jamais observé chez ses malades : le fil, étant sous la conjonctive, ne peut irriter l'œil.

3. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Quelles sont les indications de cette opération et ses contre-indications? Parmi celles-ci, il en est une qui est formelle : l'intégrité du droit supérieur est indispensable. En effet, son absence, sa paralysie, sa parésie même constituent des impossibilités matérielles évidentes.

Mais dans tous les autres cas de ptosis : congénital ou paralytique, complet ou incomplet, l'opération de PARINAUD est indiquée.

Peu connue encore, peut-être parce que de prime abord elle semble assez complexe, alors qu'elle est seulement délicate, elle n'a été employée jusqu'ici que par un nombre restreint de chirurgiens. Mais tous ceux qui l'ont pratiquée ont pu se convaincre que c'était l'opération recommandable avant tout, par son principe qui est logique, par son exécution qui est facile, par son résultat qui se rapproche le plus du résultat idéal : rendre à la paupière le mouvement physiologique qu'elle avait perdu.

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I. — Ptosis congénital double.

(PARINAUD.)

M. F..., 13 ans.

Entré le 23 avril 1902 à la clinique pour ptosis complet congénital double.

Le 23 avril, il subit l'opération de PARINAUD du côté gauche.

On découvre le droit supérieur par le procédé ordinaire. Puis, le fil étant passé sous le muscle, les deux aiguilles, au lieu de sortir au niveau des cils, comme dans le procédé primitif, traversent le cartilage et la peau et sortent à 4 millimètres au-dessus du sol ciliaire.

La conjonctive a été fixée par une des aiguilles seulement. L'effet comme relèvement de la paupière a paru aussi considérable que dans le procédé primitif.

Le 25 avril, la surcorrection étant trop prononcée, on a relâché les fils et abaissé la paupière à l'aide du doigt. Les fils ont été enlevés le 8^e jour : ils avaient été relâchés le 4^e jour complètement ; le 6^e jour on les avait rattachés, considérant l'effet insuffisant. — Le 15^e jour, l'œil peut fixer en haut à 45° ; il persiste un peu de gonflement de la paupière.

Le 20^e jour, tout gonflement a disparu.

Le résultat est très satisfaisant, comme l'indiquent les photographies (Pl. VI et VII) en le comparant à l'œil droit.



PLANCHE VI. — Œil gauche opéré chez le sujet de l'observation I.



PLANCHE VII. — Œil gauche opéré regardant en haut à 45° chez le sujet de l'observation I.

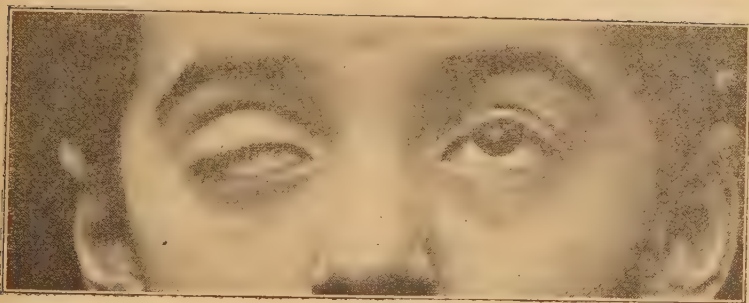


PLANCHE VIII. — Œil gauche opéré chez le sujet de l'observation IV.

OBSERVATION II. — Ptosis double congénital.

(PARINAUD.)

M^{lle} L..., 14 ans, 29 juillet 1902.

Ptosis congénital double tel que la cornée des deux côtés est presque complètement cachée.

En relevant fortement la tête et en abaissant le globe, les paupières laissent voir la partie inférieure de la pupille. Si on maintient la paupière relevée, on constate que tous les mouvements du globe sont conservés.

PARINAUD pratique son opération le 29 juillet sur l'œil droit.

Les fils sont enlevés le 4^e jour ; un léger strabisme vertical est observé pendant les premiers jours, mais dès le 15^e jour le résultat est excellent.

Les mouvements de la paupière sont retrouvés. A l'état statique, on constate une très légère insuffisance, qui disparaît complètement dans le regard en haut.

OBSERVATION III. — Ptosis de l'œil droit.

M^{me} Ch..., 26 ans, 12 novembre 1902.

Quand elle se présente à la clinique, la malade a un ptosis complet à droite, qu'elle dit exister depuis sa naissance. A gauche, on remarque que la paupière est naturellement un peu tombante.

L'opération de PARINAUD est pratiquée le 12 novembre.

Par crainte d'un effet trop considérable, on doit enlever les fils prématurément.

De là une légère insuffisance sans importance ici puisqu'au contraire elle établit un équilibre parfait entre les deux yeux.

OBSERVATION IV. — Ptosis congénital double.

M^{lle} G..., 8 ans.

Cette petite fille est amenée à la clinique, parce qu'elle présente depuis sa naissance un ptosis double tel que dans le regard en haut la cornée disparaît absolument.

Le ptosis étant un peu plus accusé à gauche, Parinaud opère cet œil au mois de novembre 1903.

Au mois de février 1904, elle fait l'objet d'une communication à la Société d'ophtalmologie : à ce moment, au repos, la paupière découvre les deux tiers de la cornée environ... et dans l'élévation des yeux, le relèvement du bord palpébral est porté au maximum, de telle sorte que le champ du regard est limité non par la paupière, mais par la saillie du sourcil, alors que dans la même position la paupière de l'œil droit non opéré recouvre à peu près complètement la cornée.

Enfin, dans l'occlusion des yeux, le globe de l'œil est recouvert dans sa totalité par la paupière (Planche VII).

OBSERVATION V. — Ptosis de l'œil droit.

(PERSONNELLE.)

M^{me} P..., 44 ans.

Lorsque cette femme se présente à notre examen, la pupille est très légèrement découverte en bas. Le releveur est paralysé, mais le droit supérieur est intact.

Le 22 septembre 1904, l'opération de Parinaud est pratiquée.

Les fils, relâchés le 3^e jour, sont enlevés complètement le 5^e jour. La malade a pu être suivie et revue en octobre et décembre 1904, en janvier 1905, et en dernier lieu le 10 mars 1905 ; le résultat très satisfaisant s'est maintenu comme aux premières fois ; les mouvements et les plis de la paupière sont devenus presque absolument normaux.

CONCLUSIONS

Si les observations qui précèdent ne sont pas encore très nombreuses, du moins elles sont suffisamment probantes. Les résultats obtenus sont indiscutables ; il semble difficile de demander davantage.

De l'étude des différents procédés énumérés au début de ce travail, et de leur rapprochement du procédé de PARINAUD, nous pouvons dès à présent tirer les déductions suivantes, évidemment modifiables avec chaque cas particulier.

S'assurer d'abord si le ptosis est complet ou incomplet.

Dans ce dernier cas, c'est-à-dire s'il est dû seulement à une parésie du muscle releveur de la paupière, un procédé s'impose, celui du professeur DE LAPERSONNE.

Avancement du releveur, suppléance par le frontal, au besoin résection cutanée et d'une portion de l'orbiculaire.

C'est encore à ce procédé que l'on s'adresserait au cas où le muscle droit supérieur n'existerait pas, ou serait paralysé, ou même simplement affaibli (1).

A part ces contre-indications, et dans tous les autres cas de ptosis, nous ne craignons pas d'affirmer que s'adresser au procédé de PARINAUD c'est mettre de son côté le plus grand nombre de chances de succès et de succès définitif, avec le minimum d'inconvénients pour l'opéré.

Nous pouvons dès lors résumer ainsi les conclusions qui se dégagent de cette étude :

(1) Dans ce dernier cas, en effet, on s'exposerait à produire une insuffisance dans le mouvement de relèvement de la paupière.

1° S'adresser au muscle droit supérieur pour suppléer à l'action du releveur paralysé est une idée des plus logiques, parce qu'elle se déduit de la similitude d'action physiologique des deux muscles ;

2° L'opération de PARINAUD est d'une exécution beaucoup plus facile que toute opération relevant du même principe.

Elle respecte le muscle droit supérieur et affaiblit d'autant moins son action ;

3° Avantage fort appréciable, elle permet, aussi bien pendant l'opération que pendant les jours suivants, de faire varier en plus ou en moins l'effet obtenu ;

4° En conséquence, dans tous les cas où l'intégrité du droit supérieur est absolue, le procédé de choix pour l'opération de la blépharoptose sera le procédé de PARINAUD.

Vu : *Le Président de la thèse*
DE LAPERSONNE.

Vu : *Le Doyen,*
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALLPORT. — A modification of PANAS operation for ptosis. *Journal of the Amer. med. Assoc.*, 11 avril 1903.
- BERGER. — Anatomie normale et pathologique de l'œil.
- BOURGEOIS. — Résultats de l'opération de l'entropion et du ptosis par les procédés de GILET DE GRANDMONT. *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'opht.*, 1895.
- BRUN et MORAX. — Thérapeutique oculaire.
- COBURN. — Associated movements of the upper eyelid and lower jany. *Med. Record*, 13 août 1904.
- DARIER. — De l'opération du ptosis. *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'opht.*, 1888.
- — De l'opération du ptosis. *Archives d'opht.*, 1888.
- DEHENNE. — Le ptosis congénital. *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'opht.*, 1891.
- DELENS. — Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS, tome IV, p. 558.
- — Rapport à la Soc. de chirurgie sur l'opération du ptosis par la greffe tarsienne d'une languette médiane du muscle droit supérieur. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1^{er} juin 1898.
- DIANOUX. — Opération du ptosis. *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'opht.*, 1886.
- ELSCHNING. — Ptosis Opération. *Wien. med. Wochens.*, 19 déc. 1903.
- — Sur l'avancement du releveur, 23 juillet 1904.
- FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie.
- GILET DE GRANDMONT. — Nouvelle opération du ptosis congénital. *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'opht.*, 1886.
- KIRMISSON. — Manuel de Pathologie externe de BOUILLY, RECLUS, KIRMISSON, PEYROT.
- LAGRANGE. — Précis d'ophtalmologie.
- LANDOLT. — Une modification de l'opération du ptosis. *Archives d'opht.*, 1897.

- LAPERSONNE (DE). — Sur quelques modifications dans les opérations du ptosis. *Archives d'opht.*, août 1903.
- LITTRÉ. — Dictionnaire de médecine, article Ptosis.
- MOTAIS. — Opération du ptosis par greffe tarsienne d'une languette du droit supérieur. *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'opht.*, 1897.
- — Anatomie et physiologie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*.
- PANAS. — Cliniques, recueillies par CASTAN, p. 16.
- — D'un nouveau procédé opératoire applicable au ptosis. *Archives d'opht.*, 1886.
- — Ptosis dit congénital. *Archives d'ophtal.*, 1902.
- PARINAUD. — *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'opht.*, 1897.
- — *Annales d'oculistique*, 1897.
- — *Annales d'oculistique*, 1904.
- PÉCHIN. — Opérations du ptosis. *Archives d'opht.*, 1898.
- SOURDILLE. — Sur un nouveau procédé opératoire du ptosis. *Gazette médicale, Nantes*, 7 fév. 1903; *Clinique ophtalmologique*, 10 mars 1903.
- SULZER. — *Soc. opht.*, Paris, 8 octobre 1901.
- TERRIEN. — Chirurgie de l'œil et de ses annexes, 1903.
- Thérapeutique oculaire. *Actualités médicales*, 1897, p. 72.
- TERSON. — Chirurgie oculaire, 1901.
- TESTUT. — Traité d'anatomie.
- TILLAUX. — Leçons de clinique chirurgicale.
- TRUC et VALUDE. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie.
- WOLFF (H.). — De l'avancement du muscle releveur de la paupière comme traitement du ptosis. *Wien. med. Wochensch.*, 9-16 juil let 1903.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	I
INTRODUCTION.....	19
CHAPITRE PREMIER. — Le Ptosis. — Anatomie et physiologie de la région palpébrale.....	12
CHAPITRE II. — Les opérations du ptosis autres que celle de Parinaud. — Etude historique et critique.....	16
CHAPITRE III. — Critique générale des diverses méthodes opératoires.....	24
CHAPITRE IV. — L'opération de Parinaud.....	26
1. — Technique opératoire.....	27
2. — Critique de l'opération de Parinaud. — Avantages et inconvénients.....	38
3. — Indications et contre-indications.....	43
CHAPITRE V. — Observations.....	44
Observation I. — Ptosis congénital double.....	44
Observation II. — Ptosis double congénital.....	49
Observation III. — Ptosis de l'œil droit.....	49
Observation IV. — Ptosis congénital double. . .	49
Observation V. — Ptosis de l'œil droit.....	50
CONCLUSIONS.....	51
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	53

